

Des méthodes pour les hommes? Analyse qualitative des attitudes à l'égard de la contraception masculine au Burkina Faso et en Ouganda

CONTEXTE: Les options contraceptives masculines ne sont guère nombreuses. Cependant, les efforts de développement de produits se concentrent généralement sur les méthodes féminines. L'étude des attitudes à l'égard des méthodes masculines — en particulier dans les régions à faible prévalence contraceptive telles que l'Afrique subsaharienne — permettrait d'éclairer le développement de nouvelles méthodes pour les hommes.

MÉTHODES: Les données qualitatives requises ont été extraites de discussions de groupe menées en 2016 avec 80 hommes âgés de 23 à 67 ans et 398 femmes âgées de 15 à 50 ans au Burkina Faso et en Ouganda. Elles ont été transcrites et analysées thématiquement pour examiner le soutien des hommes et des femmes à l'égard des méthodes contraceptives masculines et en dégager les suggestions sur les possibles caractéristiques des méthodes idéales.

RÉSULTATS: Dans les deux pays, les participants et participantes dans les groupes de discussion ont exprimé leur appui de nouvelles options de contraception masculine; plus d'attitudes positives ont été exprimées en Ouganda qu'au Burkina Faso. Les participants, hommes et femmes, ont reconnu que les méthodes masculines pourraient alléger la charge de la planification familiale portée par les femmes et offrir aux hommes un meilleur contrôle de leur fécondité. Certains s'inquiétaient cependant des effets secondaires et pensaient que les hommes n'utiliseraient pas les méthodes masculines. Les types des unions, telles que les unions polygames, ont été cités comme difficultés possibles. Dans les deux pays, différentes méthodes (par exemple, crème ou gel, injectable ou implant) et leur durée d'efficacité (d'action courte à permanente) ont été proposées.

CONCLUSIONS: L'acceptabilité de nouvelles méthodes masculines aux yeux de la plupart des participants dans les deux pays révèle une demande potentielle de contraception masculine. Les options de méthodes proposées doivent inclure diverses caractéristiques pour maximiser le choix, engager les hommes, et soutenir les hommes et les femmes en satisfaisant leurs besoins contraceptifs.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020, www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/09/what-about-methods-men-qualitative-analysis-attitudes-toward-male

Par Alice F. Cartwright, Anna Lawton, Aurélie Brunie et Rebecca L. Callahan

Alice F. Cartwright est scientifique adjointe, Anna Lawton est associée à la recherche, Behavioral, Epidemiological & Clinical Sciences Department, et Rebecca L. Callahan est directrice adjointe, Product Development & Introduction Department – toutes trois chez FHI 360 à Durham (Caroline du Nord, États-Unis). Aurélie Brunie est scientifique de la santé, Health Services Research Department, FHI 360 (Washington, DC).

Les méthodes contraceptives masculines se limitent actuellement au préservatif, à la vasectomie et au retrait¹. En outre, les méthodes basées sur la conscience de la fertilité (le rythme et la méthode Standard Days) nécessitent la participation de l'homme. Bien que les méthodes masculines et celles requérant la participation de l'homme représentent 31% de la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées ou en union à l'échelle mondiale (21% pour le préservatif masculin, 5% pour le retrait, 3% pour le rythme et 2% pour la vasectomie), leur pratique varie considérablement suivant la région et la méthode². Ainsi, on observe une forte prévalence de la vasectomie au Bhoutan (19% parmi les femmes en âge de procréer qui pratiquent la contraception), en Corée du Sud (17% de la pratique contraceptive), au Royaume-Uni (15%) et en Australie (13%)². La méthode représente cependant moins de 0,1% de la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne².

Dans toutes les régions, l'utilisation du préservatif est plus courante que la pratique du rythme, du retrait ou

de la vasectomie; cependant, le rythme l'est davantage en Afrique du Nord, et le retrait est plus fréquent au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Est^{2,3}. Les taux de pratique des méthodes masculines sont généralement plus bas dans les régions qui présentent, dans l'ensemble, un plus grand besoin non satisfait de contraception moderne⁴. De plus, certaines méthodes masculines paraissent plus acceptables à certains groupes de la population qui les choisissent plus fréquemment: le préservatif est plus souvent utilisé par les jeunes non mariés, tandis que les méthodes basées sur la conscience de la fertilité et la vasectomie le sont plus probablement utilisées par les hommes plus âgés et par les couples mariés^{2,5-8}; avant de recourir à la vasectomie, les couples ont vraisemblablement décidé de ne plus avoir d'enfants. Bien que quelques études pilotes aient remarqué une augmentation de la communication au sein des couples et de la participation des hommes du fait de l'introduction et de la pratique de la méthode Standard Days⁹, les méthodes basées sur la conscience de la fertilité n'attirent pas nécessairement les hommes et les couples en

raison de leur faible efficacité par rapport aux autres méthodes¹⁰. D'autres obstacles à l'utilisation de ces méthodes comprennent les perceptions, autant des hommes que des femmes, que le préservatif réduit le plaisir sexuel ou est signe d'infidélité, et que la vasectomie peut affecter aux hommes physiologiquement ou signifie pour autrui qu'ils ont perdu leur « virilité »^{1,8,11}.

L'investissement dans le développement de nouvelles méthodes contraceptives s'est largement concentré sur les méthodes féminines plutôt que masculines. Pourtant, les données d'enquêtes auprès d'utilisateurs potentiels de nouvelles méthodes dans des contextes aussi divers que le Brésil, l'Espagne, l'Indonésie, le Mexique et le Royaume-Uni – de même que les évaluations d'acceptabilité effectuées dans le cadre d'essais cliniques de nouveaux produits en Chine, aux États-Unis et en Italie – indiquent que autant les hommes que les femmes accepteraient, même volontiers, de nouvelles méthodes de contraception masculine^{1,12,13}. Il n'est d'ailleurs plus à démontrer que l'élargissement du choix de méthodes fait augmenter la pratique contraceptive générale¹⁴. Une modélisation récente a révélé qu'une pilule contraceptive masculine ou autre méthode réversible qui bloquerait la transmission du sperme à travers le canal déférent permettrait de réduire des grossesses non planifiées en jusqu'à 5% aux États-Unis et en Afrique du Sud, et en jusqu'à 38% au Nigéria¹⁵.

Peu d'études se sont cependant penchées sur les caractéristiques des méthodes qui faciliteraient ou entraveraient la pratique contraceptive masculine. Cela sans compter que la plupart des études d'évaluation d'un intérêt potentiel envers la contraception masculine ont été menées dans les pays plus développés^{1,12,13,16}. L'une des rares études effectuées en Afrique subsaharienne a révélé que 71% des hommes interrogés au Mozambique seraient disposés à prendre une pilule contraceptive, mais que l'acceptabilité est généralement liée à la condition d'absence d'effets secondaires¹⁷. De même, parmi les hommes ayant participé à une étude nigérienne, la majorité (69%) se sont dits intéressés à l'idée de nouveaux contraceptifs masculins réversibles. La raison donnée par la plupart de ceux non intéressés était la peur d'effets secondaires¹⁸.

Cet article présente une analyse secondaire de données qualitatives issues d'une étude plus large menée en 2016 sur les préférences d'utilisation de nouvelles méthodes contraceptives au Burkina Faso et en Ouganda. Ces pays ont été choisis en raison de leur situation géographique – en Afrique de l'Ouest et de l'Est, respectivement – et aussi parce que la recherche initiale comprenait un module de questions supplémentaires sur l'acceptabilité de nouvelles méthodes contraceptives dans le cadre des enquêtes nationales du programme Performance Monitoring Accountability 2020 (PMA)^{19,20}. La recherche qualitative a été menée dans ces deux mêmes pays.

L'étude plus large cherchait à cerner les attitudes à l'égard d'attributs spécifiques des méthodes contraceptives, les réactions à six nouvelles méthodes en cours de développement, et les raisons des préférences de mé-

thode exprimées par les femmes, les hommes, les prestataires de la planification familiale et le personnel des programmes^{19,20}. Les femmes mariées du Burkina Faso et d'Ouganda présentaient des taux de pratique contraceptive moderne proches de la moyenne observée en Afrique de l'Ouest et de l'Est au moment de l'étude initiale (25% et 32%, respectivement)^{21,22}; à l'égard des méthodes masculines, environ 3% de femmes mariées utilisaient le préservatif masculin au Burkina Faso, et 6% en Ouganda. Dans cet article, nous analysons les données recueillies dans le cadre de groupes de discussion organisés pour explorer le soutien des méthodes contraceptives masculines parmi les hommes et les femmes; identifier les facteurs propices et les obstacles potentiels à l'adoption de nouvelles méthodes masculines; et cerner les caractéristiques recherchées dans ces méthodes.

MÉTHODES

Données

Nous avons utilisé les données qualitatives transversales de discussions de groupe de femmes et d'hommes tenues entre février et décembre 2016 au Burkina Faso et en Ouganda. La méthodologie de cette étude est décrite en détail ailleurs^{19,20}. Pour être admissibles à participer, les femmes devaient être âgées de 15 à 17 ans et mariées, ou âgées de 18 à 49 ans; les hommes devaient avoir au moins 18 ans. Une femme âgée de 50 ans a participé à l'étude; aucun homme de moins de 23 ans n'y a participé. Le recrutement a été assuré par les agents de santé (prestataires de centres de santé au Burkina Faso et d'équipes de santé de village en Ouganda). Au Burkina Faso, les hommes ont cependant été principalement identifiés par leur partenaire féminine déjà inscrite à l'étude et, dans les deux pays, certains hommes l'ont été inscrits par échantillonnage en boule de neige, par le biais d'autres participants de sexe masculin. Tous les participants ont donné, par écrit, leur consentement éclairé (ou leur accord pour les participantes de moins de 18 ans). Le consentement parental a été obtenu pour les mineures non mariées en Ouganda, mais n'a pas été requis pour celles qui étaient mariées. Les participants ont reçu des rafraîchissements pendant les discussions, ainsi que du savon au Burkina Faso et l'équivalent de 5,40 \$US en Ouganda.

Au total, 60 discussions de groupe ont été menées avec 478 participants. Au Burkina Faso, 20 discussions ont été menées avec un total de 160 femmes; des groupes séparés ont été formés pour les utilisatrices de la contraception moderne ou non. En Ouganda, 30 discussions de groupe ont eu lieu avec 238 femmes; des groupes distincts ont été formés pour les utilisatrices de l'implant et du DIU; pour les utilisatrices d'autres méthodes modernes; et pour les nonutilisatrices. De plus, dans chaque pays, cinq discussions de groupe ont été tenues avec un total de 40 hommes, utilisateurs et nonutilisateurs de la contraception. Plus de femmes que d'hommes ont participé pour atteindre les objectifs initiaux du nombre des participants à l'étude.

Les discussions ont été menées à l'intérieur, dans des salles privées au sein des communautés ou, moins souvent, à l'extérieur, dans des endroits paisibles et privés. En moyenne, les discussions de femmes ont duré 118 minutes et celles d'hommes, quelques 89 minutes. Des assistants à la recherche formés au niveau de la maîtrise, qui parlaient couramment la langue locale, ont mené les discussions dans cinq langues au Burkina Faso et dans quatre langues en Ouganda. Les groupes de discussion ont été guidés au fil de questions thématiques pré-testées posées pour obtenir les points de vue des participants sur les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, les avantages et inconvénients de six nouvelles méthodes décrites, et les préférences relatives au développement de nouvelles méthodes en général. Les discussions ont été enregistrées, transcrites en français (Burkina Faso) ou en anglais (Ouganda), puis codées selon un livre-code élaboré aux fins de l'étude initiale.

L'étude a reçu l'approbation des comités d'éthique FHI 360 Protection of Human Subjects Committee aux États-Unis, du Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso, et des School of Public Health Higher Degrees, Research and Ethics Committee de l'Université de Makerere et Uganda National Council for Science and Technology en Ouganda.

Analyse

Pour l'analyse, nous avons suivi deux axes de discussion. Le premier portait sur une série de questions destinées à évaluer les attitudes à l'égard des méthodes contraceptives masculines et les raisons pour lesquelles les participants étaient favorables ou non à l'idée de la contraception masculine, et si la recherche devait concentrer sur le développement des nouvelles méthodes masculines ou féminines. Le second axe comprenait une activité dans laquelle les participants ont été appelés, deux par deux, à réfléchir à la méthode de contraception qui leur paraîtrait idéale. Les participants ont été invités à réfléchir à certaines caractéristiques précises: si leur méthode idéale serait utilisée par les hommes, par les femmes ou les deux; sous quelle forme elle serait fabriquée; à quelle fréquence elle serait prise ou obtenue d'un prestataire; où elle serait disponible; combien de temps elle assurerait une protection contre la grossesse; et quelles autres caractéristiques importantes elle pourrait éventuellement présenter. Chaque paire de participants a présenté sa méthode au groupe plus large et les animateurs ont sondé le raisonnement à la base des caractéristiques suggérées. Les participants ont ensuite discuté les méthodes idéales présentées et ont voté sur leur méthode préférée parmi celles proposées.

La deuxième auteure a examiné les transcriptions qualitatives précédemment codées et les rapports de codage pour produire une matrice thématique résumant les raisons et arguments des participants pour ou contre la contraception masculine. Les première et deuxième auteures, respectivement, ont ensuite examiné séparément les transcriptions qualitatives obtenues au Burkina

Faso et en Ouganda concernant les attitudes à l'égard des méthodes masculines. Les réponses individuelles ont été codées « favorables » aux méthodes masculines si les participants avaient exprimé un sentiment positif à l'idée de la contraception masculine et s'ils estimaient que la recherche devrait se concentrer sur le développement de nouvelles méthodes pour les hommes. Les réponses ont été codées « non favorables » si les participants avaient exprimé des attitudes négatives à l'égard de la contraception masculine en général.

Les raisons détaillées données par les participants au soutien ou non de la contraception masculine ont été comptées et catégorisées suivant leur thème spécifique. En cours de revue et de codage des réponses, les première et deuxième auteures se sont entendues sur l'ajout de thèmes supplémentaires et la suppression d'autres, jusqu'à convenir d'une liste thématique finale. Le codage terminé, les deux auteures ont identifié ensemble les thèmes les plus courants et la fréquence de leur mention par les participants, hommes et femmes, dans chaque pays. La proportion des participants codés favorables et non favorables, et la fréquence des thèmes mentionnés, ont servi à résumer les attitudes globales des répondants.

Enfin, sur la base d'un tableau récapitulatif de toutes

TABLEAU 1. Caractéristiques sélectionnées des participants et participantes aux discussions de groupe, par sexe, Burkina Faso et Ouganda, 2016

Caractéristique	Burkina Faso		Ouganda	
	Hommes (N=40)	Femmes (N=160)	Hommes (N=40)	Femmes (N=238)
Âge moyen (éventail)	39,3 (24–67)	29,2 (15–49)	37,7 (23–65)	31,2 (18–50)
Éducation				
Aucune	50,0	77,5	2,5	16,8
Primaire partielle	30,0	16,9	65,0	55,5
Secondaire partielle	20,0	5,6	32,5	27,7
Situation matrimoniale				
Non marié(e)*	2,5	3,1	0,0	8,0
Marié(e) / en union	97,5	96,9	100,0	92,0
N° moyen d'enfants (éventail)†	4,9 (0–18)	3,8 (0–10)	4,5 (1–11)	4,2 (0–13)
Méthode contraceptive actuelle				
Aucune	32,5	50,6	12,5	34,5
Préservatif	10,0	0,6	20,0	0,0
Pilule	7,5	7,5	7,5	6,3
Injectable	15,0	22,5	47,5	30,3
Implant	20,0	18,8	5,0	17,2
DIU	2,5	0,0	2,5	11,3
Autre / incertain	12,5	0,0	5,0	0,4
Ont exprimé opinion sur méthode masculine				
Oui	75,0	36,3	45,0	40,8
Non	25,0	63,7	55,0	59,2

*Y compris les participants qui n'avaient jamais été mariés et ceux divorcés, séparés ou veufs. †Données manquantes pour une femme ougandaise.

les méthodes proposées dans l'exercice de réflexion sur la méthode idéale, les première et deuxième auteures ont déterminé la proportion des suggestions de nouvelles méthodes destinées aux méthodes pour hommes, aux méthodes pour femmes et aux les deux. Nous avons résumé les caractéristiques spécifiques des méthodes masculines proposées concernant leur mécanisme d'administration et leur durée d'action, et nous avons aussi extrait des transcriptions d'autres aspects importants tels que les effets secondaires potentiels, l'accessibilité et le prix. Les réponses individuelles aux méthodes proposées sont tirées des transcriptions.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Au Burkina Faso, l'âge moyen des participants hommes était de 39 ans et ils avaient un moyen de 4,9 enfants; ces deux valeurs chez les femmes étaient de 29 ans et 3,8 enfants, respectivement (Tableau 1, page 3). Plus de deux tiers des femmes et la moitié des hommes burkinabés n'avaient pas été scolarisés et presque tous étaient mariés ou en union. Cinquante-et-un pour cent des femmes ont déclaré n'utiliser aucune méthode contraceptive au moment de la discussion de groupe, tandis que 23% utilisaient la contraception injectable, 19% l'implant, 8% la pilule et environ 1% le préservatif. Côté masculin, 33% ont déclaré n'utiliser aucune méthode et 10% utilisait le préservatif. De plus, les hommes burkinabés ont informé que, avec leur partenaire, 20% utilisaient l'implant, 15% l'injectable, 8% la pilule et 3% le DIU.

En Ouganda, les hommes avaient, en moyenne, 38 ans et 4,5 enfants et les femmes, 31 ans et 4,2 enfants. La grande majorité des femmes et des hommes avaient atteint pour le moins un certain niveau d'éducation primaire en Ouganda (83% et 98%, respectivement) et presque toutes et tous étaient mariés. Trente-cinq pour cent des femmes ont déclaré n'utiliser aucune méthode contraceptive, bien que cette proportion semble résulter des cibles d'utilisatrices pour les discussions de groupe en Ouganda; 30% ont déclaré utiliser la contraception injectable, 17% l'implant, 11% le DIU et 6% la pilule. Treize pour cent seulement des hommes ont déclaré n'utiliser aucune méthode contraceptive et 20% utilisaient le préservatif au moment de la discussion en groupe; près de la moitié (48%) utilisaient avec leur partenaire l'injectable, 8% la pilule, 5% l'implant et 3% le DIU.

Soutien de la contraception masculine

Plusieurs participants n'ont pas répondu à la question relative à leur attitude à l'égard de la contraception masculine. Au Burkina Faso, 25% des hommes et 64% des femmes n'ont pas exprimé une opinion à ce sujet; en Ouganda, les proportions étaient de 55% et 59%, respectivement (Tableau 1). Dans l'ensemble, parmi ceux et celles qui avaient exprimé une opinion, plus de deux tiers des hommes et trois quarts des femmes se sont classés dans la catégorie « favorable » aux méthodes masculines (non

indiqué). Au Burkina Faso, 53% des hommes et 83% des femmes ayant exprimé une opinion ont été classés comme ayant une opinion favorable. L'appui à la contraception masculine s'est révélé particulièrement fort en Ouganda, où parmi les participants qui avaient exprimé une opinion, celles de 95% des hommes et de 77% des femmes ont été qualifiées de favorables.

En Ouganda, parmi des participants ayant exprimé une opinion, la plupart a déclaré que la recherche devrait se concentrer sur le développement de nouvelles méthodes contraceptives destinées exclusivement aux hommes ou à l'intention des hommes et des femmes. Au Burkina Faso, davantage d'hommes et de femmes ont indiqué que la recherche devrait se concentrer sur les méthodes destinées aux femmes, ou aux les deux sexes. Dans les deux pays, plusieurs hommes ont exprimé leur soutien au développement de nouvelles méthodes masculines – pourvu qu'elles soient rigoureusement testées avant leur introduction et étant entendu que l'adoption et l'acceptation répandue pourraient prendre du temps. Un homme burkinabé a par exemple dit:

« Si quelque chose est nouveau, les gens peuvent être retissant, parce que les autres méthodes [féminines, par exemple], aussi les gens, se méfiaient beaucoup plus au début. C'est avec le temps que les gens ont compris... »
– *homme marié de 47 ans, père de 16 enfants, dont la femme utilisait l'implant, Burkina Faso*

Raisons exprimées au soutien de nouvelles méthodes masculines

• *Partager la charge et fournir un soutien.* Dans les deux pays, l'argument principal avancé autant par les hommes que par les femmes en faveur de nouvelles options contraceptives masculines était de mieux soutenir les femmes et de les laisser « se reposer » en partageant la responsabilité ou la charge de la prévention de la grossesse; ainsi, elles pouvaient retrouver leur santé et leurs forces en espaçant les naissances. Sont compris ici la possibilité pour les femmes de faire une pause dans leur pratique contraceptive – concernant les méthodes hormonales généralement – et d'en éviter pendant ce temps les effets secondaires négatifs. Comme l'a expliqué un participant ougandais:

« Quand on voit la charge de travail que supportent les femmes par rapport aux hommes, [elle] est plus lourde et [les femmes] ont besoin d'une pause dans leurs méthodes de planification familiale... Ces méthodes pour les hommes soulageront nos femmes des tracas des effets secondaires de la planification familiale. » – *homme marié de 27 ans, père d'un enfant, dont la femme prenait la pilule, Ouganda*

Une femme, au Burkina Faso, a exprimé un sentiment similaire:

« Je sais que si l'homme utilise la méthode-là, nous aussi on aura la paix. Cela permet surtout les naissances et les enfants seront tous, bien portants. » – *femme mariée de 26 ans, mère de cinq enfants, utilisatrice du injectable, Burkina Faso*

Un sous-thème exprimé par plusieurs femmes dans les

deux pays et par quelques hommes en Ouganda est que les méthodes masculines pourraient servir d'options auxiliaires quand les femmes ne peuvent pas utiliser une méthode pour raisons médicales ou pour cause d'effets secondaires. Comme l'a expliqué une participante ougandaise :

« La raison pour laquelle je suis pour les méthodes utilisées par les hommes est que j'ai commencé l'injectable et je n'ai pas pu continuer à cause des effets secondaires. J'ai alors décidé d'utiliser l'implant. Mais je n'ai pas pu continuer non plus. J'ai maintenant un DIU. Et si ça ne marche pas non plus, voyez-vous, je finirai par n'avoir plus d'autre choix. » – *femme de 25 ans en union, mère de deux enfants, utilisatrice du DIU, Ouganda*

Dans les deux pays, quelques femmes ont aussi noté que disposer de méthodes pour les deux, hommes et femmes, permettrait d'éviter les naissances pendant de longues périodes et d'améliorer la vie familiale. Au Burkina Faso, une femme a exprimé ainsi cet argument :

« S'il y a une méthode pour les hommes aussi, ça va nous aider tous. Si l'homme et la femme utilisent tous une méthode, ils sont sûrs de ne plus faire un enfant pendant longtemps, ça permet une bonne cohabitation. » – *femme de 30 ans mariée, mère de six enfants, non utilisatrice, Burkina Faso*

• **Prévenir les grossesses résultant de relations extraconjugales.** De l'avis de nombreux participants, des méthodes masculines efficaces et acceptables permettraient d'éviter les grossesses résultant de relations extraconjugales. Il s'agissait là de la deuxième raison principale donnée au soutien des méthodes masculines en Ouganda et de la troisième *ex-aequo* au Burkina Faso. Plusieurs hommes et femmes ont fait remarquer que les enfants nés de liaisons extraconjugales deviennent souvent la responsabilité de l'épouse de l'homme – ou, dans le cas des jeunes hommes, de leur mère. Aux termes d'une participante ougandaise :

« Je pense que ce serait bien si les hommes pouvaient aussi pratiquer la planification familiale. Parfois, on décide avec lui qu'on va arrêter d'avoir des enfants... pour découvrir plus tard qu'il va en faire d'autres derrière votre dos avec d'autres femmes. S'il pratique la planification familiale... il ne vous ramènera pas ses enfants d'ailleurs. » – *femme de 28 ans en union, mère de deux enfants, utilisatrice du injectable, Ouganda*

Au Burkina Faso, plusieurs hommes ont suggéré que les méthodes masculines permettraient d'éviter la promiscuité des femmes: si un homme utilisait une méthode contraceptive, sa femme ou sa partenaire s'abstiendrait d'avoir des relations extraconjugales de peur de se retrouver enceinte et d'avoir à révéler la liaison.

• **Manque d'options et choix peu attrayants.** Au Burkina Faso, les hommes et les femmes ont souligné en proportions presque égales le manque d'options contraceptives proposées aux hommes, qualifiant le nombre de méthodes d'insuffisant, certaines méthodes mêmes d'inacceptables et, dans le cas du préservatif, de peu fiable. Un participant burkinabé a indiqué qu'il n'existe « qu'un » seul type de contraceptif masculin, laissant entendre que les hommes

ne connaissent peut-être pas les méthodes autres que le préservatif. Ce même homme suggère qu'il existe un parti pris systémique envers la santé reproductive en faveur des femmes et que la recherche s'est concentrée sur les méthodes féminines au détriment des hommes. D'après lui :

« Tout ça c'est la faute du gouvernement... parce qu'on prend plus de soins des femmes que de nous [les hommes]. En ce qui concerne la contraception des femmes, il y a plusieurs qualités de méthodes, mais chez les hommes, il n'y a qu'une seule qualité... Selon moi, si on pouvait trouver une nouvelle méthode pour nous [les hommes], ce serait bien parce que, franchement, les préservatifs là, je ne suis pas chaud. » – *homme de 33 ans marié, père de deux enfants, dont la femme utilise l'injectable, Burkina Faso*

Plusieurs femmes ont aussi mentionné le besoin d'un éventail plus élargi de méthodes pour les hommes. Une Ougandaise a par exemple dit :

« Oui, les méthodes pour hommes sont très rares, il faut s'occuper plus des hommes. [Avec] le nombre de méthodes [pour femmes] disponibles, il est impossible qu'une femme n'en trouve pas une qui lui convienne, mais ce n'est pas le cas pour les hommes... » – *femme mariée de 30 ans, mère de trois enfants, utilisatrice de l'implant, Ouganda*

• **Donner le pouvoir aux hommes et augmenter leur acceptation de la planification familiale.** Un sous-thème associé à cet argument était la croyance que l'augmentation du nombre de méthodes pour hommes les donnerait leurs propres choix contraceptifs. Plusieurs hommes et femmes burkinabés estimaient que l'offre et le choix d'un plus grand nombre d'options permettraient aux hommes de pratiquer la contraception, même si leurs désirs de fécondité différeraient de ceux de leur partenaire. Comme l'a expliqué un participant burkinabé :

« Nos femmes nous posent parfois des pièges parce qu'elles peuvent vouloir un enfant alors que nous ne voulons pas, donc si nous avions la possibilité, nous allions fermer notre robinet. » – *homme de 39 ans marié, père de cinq enfants, non utilisateur, Burkina Faso*

En Ouganda, toutefois, ce thème n'apparaît que chez les répondants de sexe masculin. Comme un homme a dit :

« ... si on met l'accent sur les femmes, cela met les hommes en vacance et, dans notre communauté, la promiscuité sexuelle des femmes est bien connue, ce qui veut dire que moi, homme, si je ne veux pas faire un enfant je prends simplement ma pilule et je me protège sans avoir à m'inquiéter de savoir si elle prend quelque chose ou non. » – *homme de 34 ans marié, père de deux enfants, non utilisateur, Ouganda*

Plusieurs femmes au Burkina Faso et une en Ouganda ont indiqué que l'élargissement de la gamme de méthodes pour hommes encouragerait l'empathie des hommes envers la pratique contraceptive des femmes et accroîtrait leur acceptation de la planification familiale – y compris parmi les hommes qui refusent à leurs propres partenaires la pratique de la contraception. Les hommes aussi bien que les couples disposeraient ainsi de plus nombreuses options contraceptives au profit, potentiellement, d'un soutien

général accru. Au Burkina Faso, une femme a affirmé :

« Souvent, certains hommes n'acceptent pas que leur femme utilise les méthodes, donc s'il y a des méthodes pour les hommes, et qu'on peut les sensibiliser autant que les femmes, ils finiront par épouser les mêmes idées. Si ce sont les femmes seulement qu'on va sensibiliser... les hommes ne pourront pas comprendre. » – femme de 33 ans mariée, mère de six enfants, non utilisatrice, Burkina Faso

Et cette femme a ajouté qu'une pratique contraceptive accrue de la part des hommes pourrait servir à « l'apprendre aux enfants, si le garçon et la fille grandissent avec cet apprentissage, ils comprendront ».

Arguments contre la contraception masculine

• *Les hommes n'accepteront pas de nouvelles méthodes et les méthodes existantes suffisent.* La plus forte préoccupation exprimée par de nombreuses femmes des deux pays est que les hommes n'accepteraient tout simplement pas de nouvelles méthodes masculines. Ces femmes ont souligné que beaucoup d'hommes refusent déjà les méthodes qui leur sont disponibles ou redoutent notamment, s'ils pratiquaient la contraception, d'être ridiculisés par les autres hommes. Comme l'a expliqué une participante ougandaise :

« ... les hommes sont difficiles à convaincre s'ils ne prennent pas la décision eux-mêmes... Si on leur dit qu'on en a marre de l'implant et que, quand on le retirera, il utilisera aussi le préservatif pendant un an, c'est très difficile,

à moins qu'il n'ait pris la décision lui-même. » – femme mariée de 30 ans, mère de trois enfants, utilisatrice de l'implant, Ouganda

Beaucoup de femmes au Burkina Faso et une en Ouganda ont fait remarquer que les hommes n'utiliseraient pas la contraception, en partie parce que la charge de la grossesse et de l'éducation des enfants ne les concerne pas. Une participante burkinabé a formulé ainsi cet argument :

« Même si on fait sortir une méthode pour les hommes aujourd'hui, il faut savoir qu'ils ne vont pas accepter la prendre. De toutes les façons, ce ne sont pas eux qui souffrent. Dès qu'ils ont fini de travailler [de faire des rapports sexuels] et qu'ils ont pris leur plaisir, le reste ce n'est plus leur problème. Le reste de la souffrance incombe à la femme... » – femme de 39 ans mariée, mère de quatre enfants, utilisatrice de l'implant, Burkina Faso

Au Burkina Faso, quelques hommes se sont dits moins intéressés à l'idée de nouvelles méthodes car ils percevaient la contraception comme la responsabilité de la femme; le préservatif suffisait s'ils voulaient éviter une grossesse ou se protéger eux-mêmes contre les IST. Au Burkina Faso, un homme a dit :

« Le préservatif est suffisant pour les hommes, du moment, où il constitue une double protection, contre les maladies et contre les grossesses non désirées, alors c'est bon... A travers le préservatif, on avait déjà résolu le problème des hommes, donc plus la peine pour autre chose. » – homme de 51 ans marié, père de quatre enfants, incertain de la pratique contraceptive de sa partenaire, Burkina Faso

• *Impact négatif sur le désir, la performance sexuelle ou la fertilité.* La principale inquiétude chez les hommes des deux pays – de même que chez nombreuses femmes ougandaises –, était la possibilité d'effets secondaires. Les participants ont mentionné à plusieurs reprises l'impact négatif de la contraception masculine sur le désir et la performance sexuelle, la perte de la libido, le délai du retour à la fertilité ou le risque d'infertilité. Un participant ougandais a déclaré :

« Je le répète: il ne doit y avoir là-dedans aucun ingrédient qui me quitte ou m'épuise de la force sexuelle. Il ne faut pas que ça me donne mal à la tête, que ça m'étourdisse, que ça me donne de la fièvre ou aucun autre effet secondaire qui affaiblirait ma capacité de faire ce que j'ai à faire... » – homme, sans autres détails, Ouganda

• *Les méthodes féminines sont la norme et les femmes désirent garder le contrôle de la planification familiale.* Au Burkina Faso, certaines femmes ont affirmé que seuls les hommes qui soutiennent déjà la planification familiale seraient réceptifs à de nouvelles méthodes masculines. L'introduction de ces méthodes n'augmenterait donc guère l'acceptation à grande échelle. L'une de ces femmes a par exemple dit :

« J'ai dit que l'homme qui sait que ce n'est pas bon que sa femme prenne une grossesse alors que l'enfant n'est pas encore grand, acceptera prendre cette méthode. Mais ceux qui ne cherchent pas comprendre la femme refuseront et

TABLEAU 2. Distribution en pourcentage des méthodes idéales proposées par les paires de participants et participantes à l'exercice d'idéation, par caractéristiques suggérées, par sexe, Burkina Faso et Ouganda

Utilisateur visé/caractéristique	Burkina Faso		Ouganda	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
UTILISATEURS VISÉS	(n=20)	(n=74)	(n=16)	(n=89)
Hommes	5	9	56	33
Hommes et femmes	10	8	31	8
Femmes	85	81	6	60
Non spécifié	0	1	6	0
CARACTÉRISTIQUES DES MÉTHODES MASCULINES	(n=1)	(n=7)	(n=9)	(n=29)
Façon d'administration				
Crème, mousse ou gel à appliquer sur le pénis ou le bras	0	0	44	3
Injectable	0	57	22	38
Pilule, à prendre au moment des rapports	0	0	11	7
Pilules, pas liée au moment des rapports (à prendre à répétition ou au moment non spécifié)	0	14	11	10
Gouttes orales / liquide à boire	0	0	11	10
Implant	0	14	0	14
Méthode permanente	0	0	0	7
Autre / non spécifié	100*	14†	0	10‡
Durée				
Usage unique	100	0	22	7
Courte durée (≤3 mois)	0	29	22	7
Durée moyenne (>3 mois à <1 an)	0	0	22	10
Longue durée (≥1 an) ou permanente	0	71	33	59
Non spécifié	0	0	0	17
Total	100	100	100	100

*La seule méthode mentionnée était le préservatif masculin plus résistant. †Anneau au doigt. ‡Quelque chose prise secrètement quand les hommes ont des rapports sexuels — par exemple, une pilule ou une boisson, ou quelque chose à lier autour de la taille ou du poignet. NB: Les pourcentages totaux ne sont pas toujours exactement 100 pour cause d'arrondissement.

voudront qu'elle tombe enceinte tant qu'elle pourra... les hommes de chez nous ne vont pas accepter prendre ça. » – *femme de 33 ans mariée, mère de cinq enfants, non utilisatrice, Burkina Faso*

Un plus petit nombre de burkinabés ont déclaré qu'ils étaient habitués à la responsabilité féminine concernant la pratique contraceptive et, dans certains cas, la charge des effets secondaires. Ainsi, il n'y avait pas grand besoin d'explorer d'autres options pour les hommes. Comme l'a expliqué un homme « Si nous voulons que les femmes prennent les méthodes, ce n'est pas pour rien ... elles sont habituées. » – *homme de 49 ans marié, père de sept enfants, non utilisateur, Burkina Faso*

Dans les deux pays, plusieurs femmes ont dit que les hommes mentiraient au sujet de leur pratique contraceptive, ce qui conduirait à des grossesses non planifiées:

« Il peut te flatter, dire qu'il fait la méthode, alors qu'il ne fait rien, ça peut amener d'autres problèmes... il peut même t'enceinter et dire que ce n'est pas lui. » – *femme de 26 ans mariée, mère de trois enfants, non utilisatrice, Burkina Faso*

Aussi, quelques femmes ont déclaré vouloir garder le contrôle de la planification familiale, soit qu'elles révèlent leur pratique contraceptive à leur partenaire ou pas.

• **Polygamie et désirs différents de fécondité.** Au Burkina Faso, beaucoup d'hommes et de femmes ont exprimé leur préoccupation quant aux difficultés que la polygamie pose à la pratique contraceptive des hommes. Dans les contextes polygames, cette pratique est perçue comme « compliquée » et probablement inacceptable, étant donné les désirs de fécondité distincts des différentes femmes du même mari. Une femme en a dit:

« ... si l'homme le fait, alors qu'il a pris une nouvelle femme, celle-ci ne pourra pas avoir d'enfant. Et alors, elle quittera le mari pour aller voir un autre homme. C'est pourquoi nous pensons que c'est à la femme qui ne veut plus accoucher ou qui veut se reposer de trouver la solution. » – *femme de 44 ans mariée, mère de cinq enfants, utilisatrice de l'implant, Burkina Faso*

Réflexion sur la méthode idéale

Les participants ont réfléchi en petits groupes de deux et après, ils ont discuté leurs idées avec le groupe au complet. Au Burkina Faso, la plupart des propositions avancées durant l'activité de réflexion sur la méthode idéale portaient sur des méthodes pour les femmes (85% de celles proposées par les hommes et 81% par les femmes; Tableau 2). En revanche, en Ouganda, plus de la moitié (56%) des méthodes idéales proposées par les hommes et un tiers de celles proposées par les femmes étaient destinées aux hommes. Les rares méthodes masculines suggérées au Burkina Faso, principalement par les femmes, préconisaient des mécanismes injectables et une longue durée d'efficacité. Au Burkina Faso, les hommes n'ont proposé qu'une seule méthode masculine – un préservatif plus résistant. En Ouganda, les méthodes masculines proposées étaient plus variées: les plus suggérées étaient une crème, une mousse ou un gel à mettre sur le pénis ou sur le bras

(44%), tandis qu'un injectable était plus fréquemment proposé par les femmes (38%). Les hommes ougandais étaient partagés sur la durée d'action de la méthode idéale – courte, moyenne ou longue, tandis que les ougandaises préconisaient en majorité de leurs méthodes proposées (59%) une durée de plus d'un an.

• **Facteurs influençant les caractéristiques préférées des méthodes.** Certaines caractéristiques des méthodes proposées par les hommes en Ouganda avaient trait à des considérations de leur vie quotidienne. Par exemple, si il y aurait une pilule pour hommes, ils risqueraient d'oublier de la prendre, comme décrit un participant après la réflexion deux par deux:

« Nous aimerions avoir un injectable qu'on administrerait tous les cinq mois... La raison en est que nous ne pouvons pas gérer la prise d'une pilule journalière, de par la nature de notre travail, parce que nous travaillons dur; nous risquons d'oublier de la prendre et de finir par ne pas éviter les naissances. »

Les hommes d'Ouganda se souciaient aussi de leur peur possible des seringues pour l'injectable ou du manque d'eau pour la prise de la pilule. L'un d'entre eux a dit:

« Nous voulons une méthode où on applique des crèmes sur le corps, la raison étant que c'est beaucoup plus facile que toutes les autres méthodes... J'ai particulièrement peur de l'injectable, par exemple, pendant l'injection, l'aiguille peut casser et je serais alors en difficulté. Les crèmes sont beaucoup plus faciles par rapport aux pilules, parce qu'il y a toutes les tracasseries associées aux comprimés; il faut avoir de l'eau bouillie, ce qui est rare dans notre village... »

Trois paires d'hommes en Ouganda ont indiqué que leur méthode idéale n'aurait pas d'effets secondaires, ce qu'aurait d'influence sur le mécanisme d'action ou la durée d'efficacité des méthodes masculines suggérées. Un de leurs membres a dit:

« Nous suggérons aussi le développement d'un gel qu'on puisse étaler sur le pénis pour éviter de causer une grossesse. Parce que, si c'est un gel, ça ne vous affectera pas, car la pilule peut affecter le foie et donc, puisque nous voulons rester maîtres de nous-mêmes, il faut que ça fonctionne juste à ce moment-là. Après, je retourne à [mon] état initial. Sinon, si c'est trois mois, les hommes n'apprécieront peut-être pas... »

Deux paires ont indiqué que la méthode ne devrait affecter ni le désir sexuel ni le fonctionnement sexuel, et trois que leur méthode ne devrait pas causer de « faiblesse ». Les membres d'une paire d'hommes ougandais ont exprimé ces deux sentiments:

« Nous avons pensé à la pilule, à prendre pendant cinq ans environ, pour nous les hommes... Elle ne doit pas nous causer d'effets secondaires et, au cas où elle le ferait, on devrait pouvoir nous aider et changer de type... Comme par exemple supprimer ma puissance sexuelle, me faire perdre mes pulsions sexuelles, de manière que je ne puisse satisfaire les désirs sexuels de ma femme [utilise une formule polie traduite littéralement par qui fasse tourner la machine efficacement], et m'affaiblir et que je ne puisse

plus faire mon travail journalier. »

Beaucoup de femmes, autant au Burkina Faso qu'en Ouganda, ont suggéré des méthodes masculines à durée d'action longue, pour que les hommes ne doivent pas se souvenir de prendre une pilule chaque jour. Quelques Ougandaises pensaient aussi que les hommes pourraient refuser la pilule parce qu'ils pourraient l'associer à l'idée d'être malades. Comme l'a dit une participante membre d'une paire ougandaise:

« Je suggérerais aussi qu'il y ait une méthode pour les hommes, comme un injectable... Cette méthode devrait durer deux ans, parce que les hommes n'accepteront pas une méthode qui dure cinq ans... »

Après la présentation des méthodes idéales, les groupes plus larges les ont discutées. Quelques femmes ont suggéré que les méthodes à durée d'action plus longue soient proposées aux hommes qui avaient déjà beaucoup d'enfants, laissant entendre que la contraception masculine devrait servir à limiter le nombre d'enfants plutôt qu'à retarder une première naissance ou à obtenir des intervalles intergénéraliques plus longues. De plus, les durées d'action prolongées sans une exigence journalière « évidente » pourraient éviter les naissances en dehors du mariage. Comme l'a expliqué une participante ougandaise:

« J'aime celle où le sperme est désactivé pendant environ cinq ans avant que la femme puisse se retrouver enceinte... Parce que quand c'est la femme qui utilise une méthode pour plusieurs années, l'homme s'en va faire des enfants ailleurs et les ramène à la maison. À quoi bon alors cette planification familiale dont vous souffrez ? » – *femme de 29 ans en union, mère de quatre enfants, non utilisatrice, Ouganda*

À l'image de leurs homologues masculins, les femmes d'Ouganda ont souligné l'importance de méthodes sans effets secondaires. Cependant, contrairement aux hommes qui s'occupaient des effets secondaires sexuels uniquement pour les hommes, les ougandaises visaient les effets secondaires sexuels pour les femmes aussi. Comme l'a expliqué une femme:

« ... on dit souvent que la planification familiale impacte et réduit la performance et l'intérêt sexuels. Notre méthode sera donc sûre et ne perturbera pas notre relation conjugale et nous pourrions nous occuper de nos enfants. » – *femme non utilisatrice, sans autres détails démographiques, Ouganda*

Les femmes ont aussi mentionné qu'une nouvelle méthode masculine permettrait aux couples de partager le fardeau des effets secondaires. Une Ougandaise a décrit ainsi une situation hypothétique:

« ... J'ai expliqué à [mon mari] tous les problèmes que tout ça [me] cause, pour qu'il puisse aussi prendre une décision et me dire, ma chère, tu t'occupes de la contraception depuis longtemps, je vais m'en charger cette fois-ci; j'ai entendu dire qu'il y a une nouvelle méthode maintenant disponible. Je vais y aller et commencer cette méthode... » – *femme de 45 ans en union, mère de sept enfants, utilisatrice de l'injectable, Ouganda*

DISCUSSION

Nos résultats viennent s'ajouter à une littérature grandissante sur l'acceptabilité potentielle de la contraception masculine dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Afrique subsaharienne. Dans les deux pays à l'étude, les participants aux discussions de groupe ayant exprimé une opinion se sont en majorité montrés favorables aux méthodes masculines, en partie parce que beaucoup estimaient que n'existent pas assez de méthodes pour les hommes, et celles qui existent présentent des caractéristiques inacceptables. Il est intéressant de noter que les effets secondaires comptaient aux principales raisons données tantôt pour, tantôt contre, le développement de méthodes masculines. Les participants estimaient que les nouvelles méthodes permettraient aux hommes d'aider les femmes à prendre une pause des effets secondaires associés à l'utilisation de quelques méthodes contraceptives. Parallèlement, la possibilité que les effets secondaires affecteraient le désir sexuel, la performance sexuelle et la fertilité des hommes était aussi citée. Les études qui examinaient des méthodes masculines hypothétiques en Afrique subsaharienne s'axaient sur la réticence des hommes à pratiquer la contraception si elle s'accompagne d'effets secondaires; aucune étude n'a cependant mentionné explicitement la performance sexuelle parmi tels effets secondaires^{17,18}. Dans une étude clinique menée aux États-Unis sur un gel contraceptif masculin, la baisse auto-déclarée de la satisfaction sexuelle ne s'était pas révélée être associée à l'acceptabilité générale²³. Il faut que la recherche future sur les nouveaux contraceptifs masculins mesure les effets réels ou perçus sur la performance sexuelle afin de déterminer un impact éventuel sur l'acceptabilité.

Le soutien de nouvelles méthodes masculines, bien qu'observé dans les deux pays, était plus grand parmi les hommes et les femmes ougandais que parmi leurs homologues burkinabés. Les participants ougandais ont également suggéré un plus grand nombre et une plus grande variété de nouvelles méthodes masculines que les participants burkinabés lors de l'exercice de réflexion. Ces différences peuvent être résultent d'une meilleure familiarité de la contraception en Ouganda, où la prévalence contraceptive s'est avérée supérieure ces 10 dernières années, avec une éventail de méthodes plus diversifié qu'au Burkina Faso^{24,25}. Le plus grand soutien de la contraception masculine en Ouganda peut-être reflète aussi certaines différences culturelles profondes, qu'il convient d'examiner de plus près.

Nos résultats indiquent que la demande potentielle de nouvelles méthodes masculines dépendra des motivations des individus et les caractéristiques des produits contraceptifs qu'ils désirent. Les motivations et les critères de décision des hommes différeront vraisemblablement suivant les normes culturelles et le contexte de la relation du couple. Par exemple, ces critères seraient très différents dans un ménage polygame que dans un ménage monogame, où les époux prennent la décision de pratiquer la contraception ensemble. Dans les deux pays, les femmes ont déclaré vouloir garder le contrôle de la contraception

en raison, d'une part, de désirs de fécondité divergents parmi les hommes et les femmes et, d'autre part, de la croyance que les hommes pourraient mentir concernant leur pratique des méthodes masculines.

Les hommes ont eux aussi exprimé le désir de contrôler leur propre fécondité. Certains participants et participantes ont du reste mentionné l'impact de la multiplicité des partenaires et de la promiscuité sexuelle sur la motivation des hommes à utiliser des méthodes masculines. Leur utilisation était considérée comme une approbation tacite de la promiscuité sexuelle masculine sans conséquence, une façon d'éviter les grossesses issues de relations extraconjugales, ou une façon de décourager la promiscuité sexuelle féminine. Cela dit, les femmes en particulier reconnaissent aussi que la disponibilité de nouvelles options contraceptives pour les hommes pourrait accroître l'acceptation générale de la planification familiale en l'élargissant au-delà de la sphère féminine.

À l'image des autres études transnationales qui avaient observé des préférences de mécanisme d'administration variables suivant le contexte^{13,26}, notre recherche a constaté qu'autant les hommes que les femmes – en particulier en Ouganda – proposaient une diversité de modes d'administration privilégiés. Ces résultats indiquent qu'une nouvelle méthode limitée à un seul système d'administration (par injection, par exemple) ne répondra probablement qu'à une partie de la demande potentielle. De plus, les préoccupations exprimées au sujet des effets secondaires possibles montrent qu'un impact négatif sur le désir sexuel, la performance sexuelle et la fertilité des hommes serait vraisemblablement inacceptable. Certains participants ont affirmé que l'absence d'effets secondaires les ferait changer de position, de non favorable à favorable. En outre, le rehaussement potentiel du plaisir sexuel ou de la virilité, par exemple, pourrait être incitatif.

Points forts et limites

Notre étude présente plusieurs points forts. Bien que les données proviennent d'une étude sur l'acceptabilité de nouvelles méthodes non axée sur les méthodes masculines, l'activité d'idéation a encouragé une réflexion générale sur la contraception future, permettant la formulation de caractéristiques idéales pour les méthodes masculines. Grâce à cette activité, notre étude allait plus loin de la simple évaluation de l'acceptabilité potentielle de méthodes pour hommes existantes. Par ailleurs, bien que l'étude ait été menée dans deux pays assez différents, de nombreux thèmes similaires ont émergé, laissant entendre la possibilité de perceptions et de préoccupations communes concernant le soutien des méthodes masculines en Afrique subsaharienne. De plus, la recherche sur la pratique contraceptive masculine s'est concentrée, pour la plupart, sur les opinions des hommes ou des femmes. Cette étude a cependant permis de comparer les raisons pour lesquelles les hommes et les femmes la soutiennent ou la opposent, ainsi que les caractéristiques d'une méthode idéale évaluée par chaque sexe.

Notre étude présente aussi plusieurs limites. Le format des discussions de groupe ne donne pas un poids égal à toutes les voix ou opinions, favorisant plutôt la « pensée de groupe », bien que l'activité de réflexion en petits groupes ait permis l'expression de plus d'idées. Dans les deux pays, moins de groupes d'hommes ont pu être organisés et ainsi, c'est plus difficile de généraliser les observations aux hommes qu'aux femmes dans chaque pays. De plus, le recours à des animateurs différents dans chaque groupe et pays a vraisemblablement donné lieu à différents styles de discussion, notamment à l'égard du degré d'approfondissement des thèmes abordés et la contribution égale de chaque participant. Le format du groupe de discussion fait que les réponses de chaque participant ne sont pas enregistrées pour chaque thème. Par conséquent, nous n'avons pas caractérisé toutes les opinions relatives aux méthodes contraceptives masculines. Aussi les conclusions tirées peuvent être surestimées ou sous-estimées le soutien de la contraception masculine.

La recherche future pourrait envisager un échantillonnage délibéré aux fins d'entretiens individuels en profondeur, ou des questions d'enquête à grande échelle pour mieux cerner ce soutien au niveau de la population. Enfin, cette analyse ne permet pas de déterminer la mesure dans laquelle de nouvelles méthodes masculines pourraient répondre au besoin non satisfait de contraception ou servirait de méthodes alternatives à la pratique actuelle. Il faut inclure les nouvelles méthodes potentielles pour hommes dans les analyses du besoin non satisfait. Leur inclusion aussi bénéficierait à la recherche future sur la dynamique de la pratique contraceptive, à l'enregistrement des produits de contraception, et à la capacité du programme de planification familiale au niveau national.

CONCLUSIONS

Nos résultats indiquent un intérêt à l'égard de nouvelles méthodes pour hommes au Burkina Faso et en Ouganda, bien qu'avec certaines réserves concernant les caractéristiques d'administration et les effets secondaires. La recherche future devra porter sur les motivations spécifiques de la pratique de la contraception masculine, ainsi que les incitations possibles des différentes méthodes et les caractéristiques de ces méthodes jugées acceptables et aptes à générer la demande dans différents pays d'Afrique subsaharienne. Les tendances des relations dans chaque pays doivent aussi être prises en compte, de même que les normes culturelles qui régissent les comportements ayant trait à la grossesse et à la pratique contraceptive. En outre, des messages qui touchent à la responsabilité partagée en matière de la planification familiale et ses effets secondaires (perçus et réels) devront être introduits dans les plans de marketing et dans les campagnes de génération de la demande de nouvelles méthodes pour les hommes en Afrique subsaharienne.

Il faut s'efforcer davantage de cadrer la planification familiale comme une responsabilité partagée des femmes et des hommes pour entraîner la demande de nouvelles

méthodes masculines. Autant les hommes que les femmes accordent de l'importance à de nombreuses caractéristiques de la contraception; il faut donc se focaliser sur ces caractéristiques dans le but d'améliorer la acceptation de nouvelles méthodes masculines en Afrique subsaharienne.

RÉFÉRENCES

1. Glasier A, Acceptability of contraception for men: a review, *Contraception*, 2010, 82(5):453–456, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.03.016>.
2. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Contraceptive use by method, 2019: data booklet, 2019, <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>.
3. Ross J et Hardee K, Use of male methods of contraception worldwide, *Journal of Biosocial Science*, 2017, 49(5):648–663, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932016000560>.
4. Cahill N et al., Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool, *Lancet*, 2018, 391(10123):870–882, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33104-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33104-5).
5. de Walque D et Kline R, Variations in condom use by type of partner in 13 sub-Saharan African countries, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(1):1–10, doi: 10.1111/j.1728-4465.2011.00259.x.
6. Polis CB et Jones RK, Multiple contraceptive method use and prevalence of fertility awareness based method use in the United States, 2013–2015, *Contraception*, 2018, 98(3):188–192, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.013>.
7. Gebreselassie T et al., Trends, determinants, and dynamics of traditional contraceptive method use, *DHS Analytical Studies*, Rockville, Maryland, É-U: ICF, 2019, N° 63.
8. Shattuck D et al., A review of 10 years of vasectomy programming and research in low-resource settings, *Global Health Science and Practice*, 2016, 4(4):647–660, doi:10.9745/GHSP-D-16-00235.
9. Weis J et Festin M, Implementation and scale-up of the Standard Days Method of family planning: a landscape analysis, *Global Health Science and Practice*, 2020, 8(1):114–124, doi:10.9745/GHSP-D-19-00287.
10. Peragallo Urrutia R et al., Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2018, 132(3):591–604, doi: 10.1097/AOG.0000000000002784.
11. Sarkar NN, Barriers to condom use, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, 13(2):114–122, doi:10.1080/13625180802011302
12. Roth MY et al., Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial, *Contraception*, 2014, 90(4):407–412, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.013>.
13. Heinemann K et al., Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents, *Human Reproduction*, 2005, 20(2):549–556, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deh574>.
14. Ross J et Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009, *Global Health, Science and Practice*, 2013, 1(2):203–212, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00010>.
15. Dorman E et al., Modeling the impact of novel male contraceptive methods on reductions in unintended pregnancies in Nigeria, South Africa, and the United States, *Contraception*, 2018, 97(1):62–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.015>.

16. Glasier AF et al., Would women trust their partners to use a male pill? *Human Reproduction*, 2000, 15(3):646–649, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/15.3.646>.
17. Vera Cruz G et al., Identifying determinants of Mozambican men's willingness to use a male contraceptive pill, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2019, 24(4):266–273, <http://dx.doi.org/10.1080/13625187.2019.1630816>.
18. Eremutha F et Gabriel VC, Reversible male contraceptives preferences in Nigeria survey, *Universal Journal of Medical Science*, 2018, 6(3):15–21, <http://dx.doi.org/10.13189/ujmsj.2018.060301>.
19. Callahan RL et al., Potential user interest in new long-acting contraceptives: results from a mixed methods study in Burkina Faso and Uganda, *PLOS ONE*, 2019, 14(5):e0217333, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0217333>.
20. Brunie A et al., Developing acceptable contraceptive methods: mixed-method findings on preferred method characteristics from Burkina Faso and Uganda, *Gates Open Research*, 2019, 3(1205):1205, <http://dx.doi.org/10.12688/gatesopenres.12953.2>.
21. Institut Supérieur des Sciences de la Population du Burkina Faso et Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, *PMA2016/Burkina Faso Vague 4 Aperçu des Indicateurs*, 2017, Burkina Faso et MD, É-U: PMA2020, https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/BFR4_SOI_FR_0.pdf,
22. Makerere University, School of Public Health at the College of Health Sciences et Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, *Survey Round 4, PMA2016/Uganda-R4 Snapshot of Indicators*, 2016, Ouganda et MD, É-U: PMA2020, 2016, https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/PMA2020-Uganda-R4-FP-SOI.pdf.
23. Amory JK et al., Acceptability of a combination testosterone gel and depomedroxyprogesterone acetate male contraceptive regimen, *Contraception*, 2007, 75(3):218–223, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2006.11.003>.
24. Makerere University, School of Public Health at the College of Health Sciences et Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, *Survey Round 6, PMA2018/Uganda-R6 Snapshot of Indicators*, 2016, Ouganda et MD, É-U: PMA2020, 2018, https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/PMA2020-Uganda-R6-FP-SOI.pdf.
25. Institut national de la statistique et de la démographie et Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, *Survey Round 5, PMA2017/Burkina Faso-R5 Snapshot of Indicators*, Ouagadougou, Burkina Faso; et Baltimore, MD, É-U: PMA2020, 2017, https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/BFR5_SOI_2017.11.27v3_0.pdf.
26. Martin CW et al., Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations, *Human Reproduction*, 2000, 15(3):637–645, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/15.3.637>.

Remerciements

La Bill & Melinda Gates Foundation a financé l'étude initiale à la base des données examinées ici. Cette analyse a bénéficié, en partie, du soutien financier de la Male Contraceptive Initiative. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'analyse des données, la décision de publier ni la préparation du manuscrit.

Coordonnées de l'auteur: acartwright@fhi360.org